Cone Medical Library
1934

Über Sturzgeburten

(der letzten 20 Jahre an der hessischen Hebammenlehranstalt zu Mainz) mit besonderem Bezug auf mütterliche und kindliche Verletzungen

---

Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

bei der

medizinischen Fakultät

der

Hessischen Ludwigs-Universität zu Gießen

eingereicht von

Kurt Weinholz

aus Heidelberg

Gießen 1934

Druckerei Wilh. Herr

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Gießen.

Referent: Prof. Dr. med. Edler von Jaschke.

Mein viel zu früh verstorbener Freund Münzel hat in seiner Abhandlung über „die Erschwerung der Geburt“ der Sturzgeburt Erwähnung getan, gleichsam als Beispiel dafür, daß die „Menschwerdung“ und der damit verbundene aufrechte Gang, die „progressive Cerebration“ und die im Gegensatz zur Geburt bei Säugetieren beobachtete Kopflage nicht allein die Erschwerung bedingen können. Vielmehr kann man aus den Geburtsgeschichten der Naturvölker entnehmen, daß die erschwerte Geburt durchaus eine Ausnahme, der sehr kurze sturzgeburtsähnliche Geburtsverlauf (in Knie-Hockstellung der Gebärenden) als normal anzusehen ist. Münzels anschaulichen Schilderungen ist nichts mehr hinzuzufügen. Unsere Aufgabe ist es vielmehr, an Hand der Fälle unserer Klinik über die Sturzgeburten der letzten 20 Jahre zu berichten, wobei wir den mütterlichen und kindlichen Verletzungen unter der Geburt besondere Beachtung schenken und die forensische Seite der Frage prüfen wollen.

Bevor wir näher auf die einzelnen Geburtsgeschichten eingehen, möchte ich einiges über die Sturzgeburt im allgemeinen vorausnehmen. Die meisten Autoren erwähnen die Sturzgeburt in dem Kapitel „Zu starke Wehen“ (Bumm, Pankow, Guggisberg u. a.). Bumm schreibt wörtlich:

„Überstürzte Geburt ist der technische Ausdruck für dieses Ereignis, von dem hochschwangere Frauen zuweilen auf der Straße (Gassengeburt), in der Eisenbahn usw. oder auch auf dem Abort überrascht werden, den sie wegen des heftigen, fälschlich als Stuhlzwang gedeuteten Dranges aufsuchen.“

Weiter wird geschildert, daß das Kind bei dieser überstürzten Geburt auf den Boden stürzen und zu Schaden kommen kann. Daß aber auch wirkliche Sturzgeburten vorkommen, bei welchen die Frauen stehen oder auf dem Klosett sitzend gebären, und die Kinder ohne Verschulden der Mutter durch Fall verletzt werden, ist durch mannigfache Erfahrung sichergestellt (Bumm). Hier hat also der Verfasser wirkliche Sturzgeburt von überstürzter Geburt geschieden. Guggisberg schreibt in seinem Aufsatz „Die Wehen“:

„Wir müssen unter Sturzgeburt solche Geburten verstehen, bei denen das Kind aus den Geburtsteilen herausgetrieben wird und irgend wohin stürzt. Der Sturz kann in die Kleider der Kreißenden erfolgen, oder auf den Boden, in irgend eine Schüssel, in den Abort. Der ganze Geburtsvorgang erfolgt hierbei überstürzt in sehr kurzer Zeit. Es ist aber auch zu betonen, daß die Sturz-

geburt keineswegs immer die Folge einer überstürzten Geburt zu sein braucht. Der Geburtsvorgang kann von normaler Dauer, sogar übermäßig lang sein. Im Moment des Durchtretens befindet sich aber die Kreißende nicht auf dem Geburtslager, sondern in einer, für diesen Vorgang ungünstigen Stellung, das Kind schießt plötzlich heraus."

Hieraus ist zu entnehmen, daß ohne Rücksicht auf die Dauer der einzelnen Geburtsperioden und des gesamten Geburtsvorganges nur der Sturz des Kindes zur Diagnose Sturggeburt Veranlassung gibt. Reuter dagegen spricht in seiner Abhandlung der Frage: „Sturzgeburt oder gewaltsame Tötung des Kindes" von einer Sturzgeburt im „forensisch-medizinischen Sinne" im Gegensatz zur „überstürzten Geburt der Geburtshelfer".

Die Häufigkeit der Sturzgeburten beträgt nach den meisten Angaben ungefähr 1%. Die Ursachen, durch die es zur abnormen Stellung der Kreißenden beim Geburtsvorgang und somit zur Sturzgeburt kommt, sind verschieden. Stark beschleunigte Geburt, Verkennung der Wehen, unrichtige Berechnung der Geburtsdauer (verspäteter Blasensprung), Verminderung der Geburtsschmerzen, auf path. Grundlage beruhend (Nervenleiden, Epilepsie, akuter Alkoholismus usw.), und gewollte Sturzgeburt mit forensischer Bedeutung führt Guggisberg als ursächliche Momente an. Die Stellung, die die von der Geburt außer Bett überraschten Frauen einnehmen, ist verschieden geschildert worden. Die Kniehockstellung ist häufig, ein rein instinktiver Versuch, das Kind vor Schaden durch heftigen Aufsturz zu bewahren. Eine Geburtsstellung, die bei vielen Naturvölkern bei jeder Geburt beobachtet werden kann. (Münzel). Der Gedanke liegt nahe, daß die übermäßig lange dauernden Geburten als Produkt unserer Zivilisation die Rückenlage der Frau und das Kreisbett bedingen. Die Geburt kann aber auch so schnell vor sich gehen, daß die Frauen stehend und auf dem Platz, auf dem sie sich gerade befinden, gebären. Diese Fälle wurden von älteren Geburtshelfern (Hohl, Kaltenbaum) als unmöglich abgelehnt, von anderen Autoren aber beobachtet und beschrieben (Reinhard, Olshausen, Straßmann). Wir haben unter unseren Sturzgeburten jedenfalls einen solchen Fall, den wir später anführen werden.

Von ganz besonderem Interesse aber sind die Folgen der Sturzgeburt für Mutter und Kind. Strenge aseptische Maßnahmen und der Dammschutz, die Grundbedingungen jeder neuzeitlichen Geburtshilfe, fallen bei der Sturzgeburt ebenso weg wie bei den Spontangeburten der Indianerinnen Boliviens, wo man sie gar nicht kennt. Ohne Zweifel stellt die Sturzgeburt an die Elastizität der mütterlichen Weichteile größere Anforderungen als die normale Geburt. Über die Häufigkeit der Weichteilzerreißung finden sich in der Literatur die verschiedensten Ansichten. Straßmann berichtet, daß Sturzgeburten Weichteilzerreißungen begünstigen. Bei Sturzgeburten Mehrgebärender fand v. Winckel eine dreimal größere Anzahl von Dammrissen

als bei Spontangeburten. Walthard findet Weichteilverletzungen relativ selten. Fritsch sieht den Grund für die geringen Verletzungen darin, daß bei der Sturzgeburt der kindliche Kopf mit seinem kleinsten Durchmesser durchtritt und in seinen Drehungen durch keinerlei geburtshilfliche Maßnahmen gehindert wird. Wie aber steht es mit der Infektionsgnfahr? Es ist erstaunlicherweise festgestellt, daß das Wochenbett nach Sturzgeburten in der überaus großen Mehrzahl der Fälle fieberfrei verläuft. Aus Mangel an beweisendem Material führt Pankow 300 Geburten an, bei denen absichtlich keine Desinfektion der Geschlechtsteile stattfand, und bei denen man sich lediglich auf eine äußere Waschung der Geschlechtsteile beschränkte. Während die Wochenbettsmorbidität bei weitestgehenden Desinfektionsmaßnahmen 12% betrug, fanden sich bei den nur äußerlich Gewaschenen nur 7%. Die operativen Geburten beider Gruppen zeigten dagegen annähernd gleiche Morbiditätsverhältnisse. Die sonstigen Schädigungen der Mutter unter der Sturzgeburt sind von den einzelnen Autoren ziemlich einheitlich beobachtet und geschildert worden. Von den Gerichtsärzten wird die Gefahr der mütterlichen Ohnmacht, durch die plötzliche Entleerung des Uterus bedingt (Hirnanaemie), betont. Doch nur vereinzelte Fälle des Kindstodes durch Ersticken und Ertrinken finden hierdurch eine Erklärung und sprechen die Mutter von Schuld frei. Die Nachgeburtsperiode ist bei Sturzgeburten oft erheblich gestört. Blutungen infolge partieller Ablösung der Placenta durch Zerrung am Nabelstrang, Atonie des Uterus und die seltenere Inversio Uteri sind zur Beobachtung gekommen.

Die Gefahren für sturzgeborene Kinder sind mannigfaltige. Am häufigsten beobachtet werden Asphyxie, Nabelstrangzerreißungen, Schädelverletzungen und intrakranielle Blutungen. Die Schädelverletzungen haben forensische Bedeutung, da sie nicht immer Folgen einer Sturzgeburt sind, sondern in kindesmörderischer Absicht dem Neugeborenen unter Vortäuschung einer Sturzgeburt beigebracht werden. Der Gerichtsarzt hat hier nach Art und Verlauf der Fissuren, Frakturen, Impressionen und mit Hilfe anamnestischer Erwägungen in Fällen angeblicher Sturzgeburten zu entscheiden. Die Höhe des Sturzes und die Art des Aufsturzortes bedingen die mehr oder minder starken Schädelverletzungen. Doch sind schwere Schädelverletzungen bei Sturzgeburten selten. v. Winckel hat unter 216 Sturzgeburten keine Verletzung beobachtet, ebenso Klein in 183 Fällen. Andere Autoren (Fritsch, Kaspar) haben schon bei Stürzen aus nicht zu bedeutender Höhe doch kleine Fissuren des Schädels wahrnehmen können. Die intrakraniellen Blutungen werden auch bei normalen Geburten beobachtet. Es ist daher nicht genau festzustellen, inwieweit die Sturzgeburt hierfür verantwortlich zu machen ist. Der Nabelschnurriß, der sich meist im foetalen Drittel der Nabelschnur befindet, bedingt mitunter

Blutungen. Doch muß nicht bei jeder Sturzgeburt die Nabelschnur reißen, da ihre Resistenz, wie durch Belastungsproben festgestellt wurde, verschieden ist. Das Kind hängt dann nach erfolgter Sturzgeburt an der Nabelschnur aus den Genitalien, oder die Placenta wird durch den Zug gelöst und sofort ausgestoßen. Zuletzt sei noch des Kindstodes bei Abortgeburten durch Ertrinken in Jauche oder Wasser Erwähnung getan, der, wie wir sahen, ohne Verschulden der Mutter eintreten kann, aber auch absichtlich herbeigeführt wird. Die Absicht der gewaltsamen Tötung des unerwünschten (meist unehelichen) Kindes durch provozierte Sturzgeburt in den Abort, wobei das Kind in der Jauche oder dem Klosettwasser ertrinkt, läßt sich nur selten beweisen. Nur die Tatsache, daß die Mutter nach erfolgter Geburt alle Anzeichen des Ereignisses beseitigt oder aber Hilfsmittel zur Abnabelung mitnimmt (Schere), sprechen gegen eine unerwartete Sturzgeburt (Reuter).

Nach diesen Allgemeinbetrachtungen über die Sturzgeburt sollen jetzt die einzelnen Fälle unserer Anstalt angeführt werden.

Unter den rund 15000 Geburten an der Hebammenlehranstalt in den letzten 20 Jahren sind, wie aus den Geburtsgeschichten zu ersehen ist, 13 als Sturzgeburten bezeichnet. Darunter befinden sich 3 Sturzgeburten, die außerhalb der Klinik stattfanden (1. 8. 9.). Hier erfolgte Einweisung der Frauen und Neugeborenen zur Lösung der Placenta, bezw. Versorgung der notdürftig abgenabelten Kinder. Es handelt sich hier um zwei ledige und eine verheiratete Mutter. Inwieweit in den Fällen 1 und 9 die Angaben der Mütter zuverlässig sind, läßt sich nur schwer feststellen.

Nr. 1.

1913. Nr. 26. 22 j. 2 para, Dienstmädchen, 1 Partus spontan, errechneter Termin: Ende Februar, kommt am 18. 1. 8 Uhr früh zur Aufnahme. Beckenmasse: ? Anamnese: 1 Wehe: angeblich 7 Uhr vorm. Blasensprung: 7 Uhr 15′. Preßwehe: ? Sturzgeburt: 7 Uhr 30′. Einweisung zwecks Lösung der Placenta. Nachgeburt spontan: 9 Uhr 15′. Dauer der Geburt vom Wehenbeginn bis zur Fruchtausstoßung: 30′. Keine Geburtsverletzungen. Wochenbett: fieberfrei.

Fruchtbefund: Kind lebt und ist abgenabelt. Geschlecht: männlich. Masse: 47,5 cm lang, 32 cm Kopfumfang, 34 cm Schulterumfang. Gewicht: 2550 gr. Nicht ausgetragen und nicht reif. Keine Geburtsverletzungen. Wird gesund entlassen.

Nr. 2.

1915. Nr. 705. 22 j. 1 para, unverheiratete Arbeiterin, aufgenommen am 8. 12. 5 Uhr nachm. 1 Wehe: 12 Uhr 15′ nachm. draußen. Preßwehen: kräftig. Geburt: 11 Uhr 30′ nachts, Sturzgeburt in 2. Schädellage (im Kreißbett). Nachgeburt 30′

später spontan, vollständig. Geburtsverletzungen: Dammriß 2. Grades. Beckenmasse: 24. 27, 5. 33. 20, 5. Dauer der Geburt: 11 Std. 15′. Wochenbett: fieberfrei, Dammnaht p. p. geheilt.

Fruchtbefund: Männliches, lebendes Kind. Kopfgeschwulst auf dem linken Scheitelbein. Gewicht: 3220 gr. Länge: 50 cm. Kopfumfang: 35 cm. Schulterumfang: 34 cm. Keine Geburtsverletzungen. Kind wird gesund entlassen.

Nr. 3.

1918/19. Nr. 749. 34 j., 3 para, Ehefrau. Aufnahme am 20. 12. Errechneter Termin: 17. 1. 1919. Anamnese: Grippe seit Anfang Dezember. Beckenmaße: 27. 29, 5. 31. 19. Geburtsverlauf: Wehenbeginn: 7 Uhr vorm. (22. 12.). Preßwehe: 7 Uhr 15′. Sturzgeburt in Schädellage mit der 1. Preßwehe um 7 Uhr 15′. Nachgeburt 20′ später. Keine Geburtsverletzungen. Wochenbett: Durch Empyem der Pleura besteht erhöhte Temperatur. Rippenresektion am 27. 2.

Fruchtbefund: Männliches Kind. Gewicht: 2900 gr. Länge: 49,5 cm. Kopfumfang: 34 cm. Schulterumfang: 34 cm. Keine Geburtsverletzung, lebt und ist gesund.

Nr. 4.

1919. Nr. 226. 32 j., 2 para, Ehefrau, wird am 29. 4. aufgenommen. (12 Uhr 30′ nachmittags). Errechneter Termin: Mitte Mai. Anamnese: 1913 per Forcipem beendet. Pneumonie während der diesmaligen Gravidität hier behandelt. Beckenmaße: nicht angegeben. Geburtsverlauf: 1. Wehe 12 Uhr, draußen. Blasensprung: 9 Uhr vorm. draußen. Preßwehen: 2. 12 Uhr 45′. Beim ins Bettbringen der Kreißenden schneidet der Kopf durch. Expression der Placenta 15′ p. P. wegen starker Blutung. Keine Geburtsverletzungen. Blutung steht nach Ausstoßung der Placenta. Wochenbett: fieberfrei.

Fruchtbefund: Männliches, lebendes Kind, reif. Gewicht: 3200 gr. Länge: 50 cm. Kopfumfang: 34 cm. Schulterumfang: 35 cm. Keine Geburtsverletzungen. Gesund entlassen.

Nr. 5.

1919. Nr. 752. 29 j., 1 para, Ehefrau, findet am 13. Nov. Aufnahme. Geburtstermin: 12. 12. Anamnese: Grippe 1918. Beckenmaße: 23. 26. 31. 21,5. Geburtsverlauf: 2 Uhr 15′ Wehenbeginn, mit einer Preßwehe und Sturzgeburt ohne jegliche Hilfe im Bett. (1. Schädellage). Nachgeburt: 45′ p. p. spontan. Geburtsverletzungen: Dammriß, 2. Grades. Wochenbett: Choletithiasis (afebril.) Dammnaht p. p. geheilt.

Fruchtbefund: Weibliches, lebendes, nicht reifes, nicht ausgetragenes Kind. Gewicht: 2870 gr. Länge: 48 cm. Kopf-

umfang: 33,5 cm. Schulterumfang: 32 cm. Befinden: ab 4. Tag stärkeres Erbrechen direkt nach dem Trinken. Langsame Gewichtszunahme. Geburtsverletzungen: keine. Gesund entlassen.

Nr. 6.

1920. Nr. 212. 39j. 3 para, Ehefrau, findet am 27. 2. hier Aufnahme. Geburtstermin: ? Anamnese: 1. Gravidität: Albuminurie, die im Wochenbett schwindet. 2. Gravidität: durch künstlich eingeleiteten Abort wegen starker Nierenentzündung, Albuminurie und Herzneurose unterbrochen. Albuminurie läßt sofort nach. Im Verlaufe dieser Schwangerschaft keinerlei Beschwerden. Beckenmasse nicht angegeben. Geburtsverlauf: 1. Wehe ganz leicht um 2 Uhr vorm. Blasensprung: 6 Uhr vorm. Preßwehe: 7 Uhr 15′. Um 7 Uhr 15′ erfolgt Sturzgeburt im Stehen im Vorraum zum Kreißsaal. Placenta wird 30′ später spontan ausgestoßen. Geburtsverletzungen: Frenulumriß. Wochenbett: fieberfrei, stark blutige Lochien.

Fruchtbefund: Männliches, reifes Kind. Lebt. Gewicht: 3100 gr. Länge: 52 cm. Kopfumfang: 34,5 cm. Schulterumfang: 34,5 cm. Geburtsverletzungen: keine. Gesund entlassen.

Nr. 7.

1920. Nr. 216. 29j., ledige, 1 para, wird am 27. 2. aufgenommen. Geburtstermin: Mitte März. Anamnese: 1918 Grippe. Menorrhagien. Beckenmasse: 22,5 cm, 26,5 cm, 29 cm, 20 cm. Geburtsverlauf: 1. Wehe 1 Uhr nachm. draußen, kräftig. (Blasensprung.) Bei der Aufnahme erfolgt Blasensprung und Sturzgeburt und Ausstoßung der Placenta innerhalb weniger Minuten. Sturzgeburt in Schädellage. Geburtsverletzungen: Dammriß I. Wochenbett fieberfrei. Dammnaht p. p. geheilt.

Fruchtbefund: Weibliches, reifes Kind. Lebt. Gewicht: 3080 gr. Länge: 51 cm. Kopfumfang: 33,5 cm. Schulterumfang: 33 cm. Keine Geburtsverletzung. Gesund entlassen.

Nr. 8.

1920. Nr. 224. 19j., 1 para, Ehefrau, findet am 2. 3. Aufnahme. Geburtstermin: 23. 3. Tag der Geburt: 2. 3. Verlauf der Geburt: Sturzgeburt außerhalb der Klinik. Wochenbett: Fieber ohne gyn. Ursache (39°). Anamnese: Go. posit. Beckenmasse nicht angegeben. Eintritt in den Gebärsaal: 7 Uhr 45′ vorm. Wehenbeginn: 12 Uhr 30′ nachts. Blasensprung: ? Beginn der Preßwehen: ? Dammschutz: keiner. Geburt des Kindes: Frau wird hier mit aus der Scheide hängender Nabelschnur von Sanitätern eingeliefert. Kind angeblich draußen bei plötzlicher Geburt auf den Boden gefallen. Nabelstrang riß ab. Kind schreit sofort. Der Mann hat Hebamme rufen wollen

(4 Uhr nachts), die nicht kommen konnte. Frau geht den Sanitätern, die sie holen wollen, mit Kind auf dem Arm entgegen. Nachgeburt: 8 Uhr 15′ spontan. Geburtsverletzungen: keine. Eine Erklärung für das dauernde Fieber im Wochenbett besteht nicht. Lunge: o. B.

Fruchtbefund: Geschlecht: weiblich. Gewicht: 2410 gr. Länge: 46,5 cm. Kopfumfang: 32,5 cm. Schulterumfang: 30 cm. Reif: nein. Ausgetragen: nein. Kind gesund, ohne Geburtsschädigung.

Nr. 9.

1920. Nr. 378. 36j., 8 para, Ehefrau, wird am 17. 4. aufgenommen. Geburtstermin: Anfang Mai. Anamnese: Vorherige Geburten spontan. Im 5. Monat dieser Gravidität leichte Blutungen, die hier durch Bettruhe zum Stehen kommen. Es besteht ein kindskopfgroßer zystischer Tumor, der im kleinen Becken fixiert ist und das kleine Becken zur Hälfte ausfüllt. Da Komplikation der Geburt zu befürchten war, wird Entbindung in der Klinik angeraten. Geburtsverlauf: Wehenbeginn am 17. 4. 4 Uhr 30′ nachm. Preßwehen: keine. Um 5 Uhr Sturzgeburt. Kind wird in stehender Blase ausgestoßen. Starke atonische Blutung. Nachgeburt 30′ p. p. Keine Geburtsverletzungen. Wochenbett fieberfrei.

Fruchtbefund: Weibliches, frühgeborenes, lebendes Kind. Gewicht: 2600 gr. Länge: 48,5 cm. Kopfumfang: 33,5 cm. Schulterumfang: 31 cm. Kind ist schwach. Am 9. Tage Schnupfen und leichte Bronchitis. Keine Geburtsverletzungen. Später gesund entlassen.

Nr. 10.

1924. Nr. 741. 26j., 2 para, Hausschwangere. Geburtstermin: 18. 1. Anamnese: 1 Partus 1921, spontan. Beckenmasse; 28. 30, 5. 33. 21. Geburtsverlauf: Am 2. 12. 17 Uhr 1. Wehe. Auf dem Weg zum Kreißsaal 17 Uhr 30′ Blasensprung vor der Kreißsaltür. Einige Sekunden später 1. Preßwehe und Sturzgeburt vor dem Kreißbett im Stehen. Kind fällt auf den Boden, wobei die Nabelschnur zerreißt. Es gibt sofort Lebenszeichen von sich und schreit. Nabelverband mit 5% Jodl. Nachgeburt: 15′ p. p. spontan. Blutverlust: 200 gr. Geburtsverletzung: Dammriß 2.° Geburtsdauer: 30′. Wochenbett: fieberfrei, D. r. p. p. geheilt.

Fruchtbefund: Weibliches Kind. Alle Zeichen der Reife vorhanden. Gewicht: 3530 gr. Länge: 50 cm. Kopfumfang: 34 cm. Schulterumfang: 35 cm. Geburtsverletzungen: keine. Am 10. Tag gesund entlassen, Nabel noch nicht ab.

Nr. 11.

1925. Nr. 469. 35j., 3 para, lediges Dienstmädchen. Geburtstermin: 15. 7.? Tag der Aufnahme: 18. 6. 5 Uhr nachm.

Anamnese: Alle vorherigen Geburten spontan. Beckenmasse: 28, 5. 29. 33. 20. Geburtsgeschichte: 1. Wehe um 2 Uhr nachm. draußen, Blasensprung: ? Beginn der Preßwehen: ? Um 4 Uhr nachm. erfolgte draußen beim Aufstehen Sturzgeburt. Nabelschnur reißt direkt an der Placenta ab. Kind wird ohne Nabelverband eingeliefert, ist ziemlich blaß und durchkältet, schreit kräftig. Dauer der Geburt: (ab 1. Wehe) 2 Std. 15′. Placenta wird sofort nach der Einlieferung exprimiert. Keine Geburtsverletzungen, Wochenbett fieberfrei.

Fruchtbefund: Weibliches, reifes Kind. Gewicht: 3050 gr. Länge: 50 cm. Kopfumfang: 34 cm. Schulterumfang: 34 cm. Keine Geburtsverletzung. Gesund entlassen.

Nr. 12.

1932. Nr. 73. 31 j., 2 para, Servierfräulein. Aufnahme am 17. 2. Kindliche Herztöne und Bewegungen bei Aufnahme nicht wahrnehmbar. Geburtstermin: Anfang März. Beckenmasse: wegen des raschen G. Verlaufes nicht genommen. Geburtsverlauf: Wehenbeginn 5 Uhr nachm. draußen. Kreißende verläßt ihre Arbeitsstelle erst viel später trotz guter Wehen und kommt erst um 10 Uhr zur Aufnahme. Um 10 Uhr 15′ erfolgt während der Vorbereitung der Kr. Sturzgeburt, wobei die totgeborene macerierte Frucht ins Zimmerklosett, auf dem die Kreißende gerade saß, ausgestoßen wird. Nachgeburt: Nach 20′ spontan und vollständig (Pituglandol). Geburtsdauer: 5 Std. 15′. Wehenbeschaffenheit: kräftig. Kopf stand bei der Aufnahme halb im Becken. Herztöne nicht zu hören. Gesamtblutverlust: 100 gr. Geburtsverletzungen: keine. Wochenbett: Fieberfreier Verlauf.

Fruchtbefund: Weibliches, reifes, totgeborenes Kind, leicht macceriert. Länge: 42 cm. Gewicht: 3020 gr. Kopfumfang: 32 cm. Schulterumfang: 37 cm.

Nr. 13.

1932. Nr. 379. 22 j., 1 para, Dienstmädchen, wird am 23. 10. aufgenommen. Geburtstermin: 13. 12. Anamnese: Seit 8 Tagen leichte Schmerzen im Leib. Am 16. 10. leichte Schmerzen, 20. 10. stärkere Blutungen, seit 22. 10. angeblich starke Schmerzen und Blutung. Beckenmasse: 25, 5. 28. 32, 5. 19. Kindslage: 1 Schädellage. Herztöne links. Kopf halb im Becken. Geburtsverlauf: Eintritt in den Gebärsaal: 23. 10. 6 Uhr nachmittags. 1. Wehe: 4 Uhr nachm. draußen. Bei der Aufnahme mittelkräftige Wehen, die nach dem Einlauf stärker werden. Um 7 Uhr 15′ erfolgt Sturzgeburt, während die Kreißende auf dem Zimmerklosett sitzt. Das Kind fällt in den Eimer. Sofortige Abnabelung. Kind lebt und schreit sofort. Nachgeburt: Nach 10′ spontan, vollständig. Eihaut scheint vollständig, Zottenhaut fehlt. Placenta ist sehr groß, speckig, stark luesverdächtig, rosa

schimmernd. Gesamtblutverlust: 200 gr. Geburtsverletzungen: keine. Wochenbett: Wa R. des Blutes: Negativ. Liquor cer. spin.: Negativ.

Fruchtbefund: Weibliches, lebendes, frühgeborenes Kind. Länge: 41 cm. Gewicht: 1520 gr. Kopfumfang: 38,5 cm. Schulterumfang: 26 cm. Geburtsgeschwulst auf dem rechten Scheitelbein. Geburtsverletzungen: keine.

Bei der Diagnosestellung Sturzgeburt ist es Vorbedingung, daß eine einheitliche Definition des Begriffes besteht. Aus unseren Geburtsjournalen geht hervor, daß auch Geburten im Bett ohne Sturz des Kindes als Sturzgeburten bezeichnet sind. In diesen Fällen handelt es sich aber um präzipitierte Geburten, die ohne jegliche Hilfe von statten gingen. Die echten Sturzgeburten im Sinne Bumms, bei denen die Ausstoßung der Frucht innerhalb kürzester Zeit und an der Stelle, an der sich die Mutter gerade befindet, erfolgt, sind viel seltener als die Sturzgeburten nach normal langem Geburtsverlauf. So sagt uns also der Begriff Sturzgeburt in zeitlicher Hinsicht gar nichts; er gibt nur an, daß die Mutter im notwendigen Augenblick nicht geburtsbereit war und das Kind somit stürzen mußte. Präzipitierte Geburten oder solche mit übereilter, stark abgekürzter Austreibungszeit sind natürlicherweise prädestiniert zur Sturzgeburt. Doch sehen wir aus Fall Nr. 5, daß eine 29j. 1 para ohne vorhergegangene Wehen mit einer Preßwehe in wenigen Sekunden ohne jegliche Hilfe ein 2870 gr schweres Kind zur Welt bringt. Die Kreißende befand sich im Bett, und nur diesem Zufall ist es zu verdanken, daß bei dieser präzipitierten Geburt kein Sturz des Kindes möglich war.

Da aber alle Geburten ohne Dammschutz und Vorbereitung im Sinne der A- und Antisepsis erfolgten und die mütterlichen Geburtsverletzungen und der Wochenbettverlauf uns hier besonders interessieren, werden die Fälle, bei denen die Diagnose Sturzgeburt nicht aufrecht zu erhalten ist, hier trotzdem angeführt. Es liegt nicht in unserem Interesse, das Material statistisch zu verwerten. Vielmehr sollen unsere Fälle einen Beitrag zur Frage der kindlichen und mütterlichen Verletzungen unter der Sturzgeburt geben.

Zur besseren Übersicht sind mütterliche und kindliche Geburtsschädigungen in Tabelle I (Seite 12) angeführt.

Unter den 13 Fällen sehen wir an mütterlichen Verletzungen 3 Dammrisse 2.°, 1 Dammriß 1° und 1 Frenulumriß. Bei 8 Frauen wurden keine Genitalverletzungen wahrgenommen. Mehr als die Hälfte der Mütter blieb unverletzt. Die Dammrisse sind alle p. p. geheilt.

Atonie des Uterus wurde in einem Falle beobachtet (9). Hier betrug der Blutverlust 1050 gr. Bei allen anderen Frauen ist der Blutverlust nur gering. In Fall 4 gibt eine Blutung bei noch nicht ausgestoßener Placenta Veranlassung zur Expression

Tabelle I.

Mutter						Kind				
Ord. Nr.	Dammriß	Antonie	Blutverlust g	Nachgeburt	Wochenbett	lebend oder totgeb.	Nabelschnurabriß	Art des Sturzes	Schädelverletzung	Später beobachtete durch Sturz bedingte Schäden
1	∅	∅	150	spontan vollst.	f. f.	lebt	draußen abgenabelt	?	—	—
2	2°	∅	250	„ „	f. f.	„	—	ins Bett	—	—
3	∅	∅	400	„ „	*f. f.	„	—	„ „	—	—
4	∅	∅	200	Expression d. Pl.	f. f.	„	—	„ „	—	—
5	2°	∅	200	spontan vollst.	f. f.	„	—	„ „	—	(ab 4. Tag stärkeres Erbrechen) gesund entlass.
6	Frenul. Riß	∅	200	„ „	f. f.	„	—	a. d. Boden	—	—
7	1°	∅	350	„ „	f. f.	„	—	„ „ „	—	—
8	∅	∅	100	„ „	*f. f.	„	angeblich draußen	„ „ „	—	—
9	∅	Antonie	1050	„ „	f. f.	„	—	ins Bett	—	—
10	2°	∅	200	„ „	f. f.	„	vorhanden	a. d. Boden	—	—
11	∅	∅	?	Expression d. Pl.	f. f.	„	draußen a, d, Insertion	„ „ „ angeblich	—	—
12	∅	∅	100	spontan vollst.	f. f.	totgeb.	—	ins Zimmer-Klosett	—	—
13	∅	∅	200	„ „	f. f.	lebt	—	ins Zimmer-Klosett	—	—

der Nachgeburt. Ebenso wird bei einer externen Sturzgeburt mit Nabelschnurabriß an der Insertionsstelle sofort nach Einlieferung die Placenta exprimiert. Die Placenta war bei allen Geburten vollständig.

Inversio uteri und Ohnmacht der Kreißenden ist nicht beobachtet worden. Bei 11 Geburten verlief die Nachgeburtsperiode komplikationslos.

Der Wochenbettverlauf ist bei zwei Müttern aus nicht gynäkol. Ursache subfebril. Bei einer Wöchnerin besteht nach Grippe in der Gravidität ein Empyem der Pleura; es wird eine Rippenresektion vorgenommen. Eine andere Frau (8) hat erhöhte Temperatur im Wochenbett, ohne daß eine Aetiologie gefunden werden konnte. Sie wurde auf eigenen Wunsch trotz bestehenden Fiebers entlassen. Bei den 13 Müttern konnte somit keine Wochenbettsmorbidität beobachtet werden.

Ein Neugeborenes war intrauterin abgestorben und leicht maceriert. Alle anderen Kinder kamen lebensfrisch und ohne Asphyxie zur Welt. Nabelschnurabriß erfolgte innerhalb der Klinik nur einmal. Von den nach der Geburt eingelieferten Kindern war eins draußen abgenabelt worden (1), das zweite wurde hier abgenabelt (8). Bei beiden ist die Nabelschnur angeblich abgerissen. Bei der dritten externen Geburt ist der Nabelstrang an der placentaren Insertionsstelle abgerissen. Bei 9 Sturzgeburten blieb die Nabelschnur intakt. 3 Neugeborene stürzten zu Boden, 2 ins Zimmerklosett. Bei einer externen Sturzgeburt ist die Art des Sturzes nicht festzustellen. 6 Neugeborene wurden ins Bett ausgestoßen.

Bei keinem der Kinder war eine Schädelverletzung festzustellen. Folgen intrakranieller Blutung und sonstige Schädigungen der Neugeborenen sind nicht beobachtet worden.

Unter den Neugeborenen befand sich ein 8-Monatskind, das 1520 g wog. Die Beschaffenheit der Placenta gab hier Anlaß zum Verdacht auf Lues, der aber durch serologische Untersuchung des mütterlichen Blutes und Liquors nicht bestätigt wurde.

Der geringe Prozentsatz, mit dem die Sturzgeburten unter unserer Geburtenzahl vertreten sind, wird durch die Tatsache verständlich, daß das enge Becken im Rhein-Maingebiet sehr häufig ist.

Die Verteilung der Geburten auf die einzelnen Jahre unserer Berichtszeit ist insofern von Interesse, als in den unruhigen Kriegs- und Nachkriegsjahren sich 8 von den 13 Sturzgeburten ereigneten (1915 — 1920). Doch dürfte der durch seelische Erregung beeinflußte, schnelle Geburtsverlauf (von Nassauer beobachtete Kriegsschnellgeburt) nur in 3 Fällen zutreffen.

Es ist ganz natürlich und durch eine große Reihe von Beobachtungen sichergestellt, daß die Psyche der Kreißenden einen großen Einfluß auf die Geburtsarbeit haben kann. Es gibt da alle Übergänge von der absichtlich verheimlichten Geburt mit folgender Kindestötung bis zur Verkennung des Geburtseintrittes,

sei es durch Indolenz, Selbstbeherrschung oder wirkliche Empfindungslosigkeit in der Genitalsphäre. Bei unseren Hausschwangeren erleben wir öfters derartige Situationen. Trotz wiederholt gegebener Anweisung, sich auf den Kreißsaal zu begeben, werden in manchen Fällen die Wehen im Schlafsaal tapfer ertragen. Eine rhachitische Zwergin, die genau wußte, daß ihr die Sectio abd. bevorstand, kam neulich, allerdings erst im neunten Graviditätsmonat, zur Hebammenschwester und bat um ein Klystier, da sie solch Leibweh hätte. Die Untersuchung ergab, daß sie sich bereits mitten in der Geburt befand. Jede Klinik mit Hausschwangeren weiß davon zu berichten. Die Angst vor dem geburtshilflichen Ereignis spielt dabei sicher eine Rolle, in einer Klinik kommt noch dazu die Angst vor der Untersuchung und dem ganzen Kreißsaalbetrieb. Ähnliche Beweggründe mögen draußen in der häuslichen Praxis bestehen, wenn die Entbindung zu Hause nicht möglich ist und der Transport in die Klinik bevorsteht. Unter „Geburtsbereitschaft" müssen wir also nicht nur die zeitige Inanspruchnahme der geburtshelfenden Personen verstehen, sondern auch die physische Einstellung auf das unabwendbare Ereignis, nebst all den dazu notwendigen Herrichtungen. Daß nicht nur ledige, 1. P., sondern auch verehelichte Mehr P. von der Geburt überrascht werden, zeigt meine Tabelle II. 7 ledige, 6 verheiratete Mütter.

Tabelle II.

Ord. Nr. (Fall)	Jahrgang	Der Mutter		Geburtenanzahl	Geburtsdauer	Des Kindes			
		Alter	Stand			Kopfumfang cm	Länge cm	Gewicht g	Geschlecht
1	1913	22	ledig	2.	30′	32	47,5	2550	♀
2	1915	22	„	1.	11h 15′	35	50	3220	♀
3	1918	34	verh.	3.	15′	34	49,5	2900	♀
4	1919	32	„	2.	15′	34	50	3200	♀
5	1919	29	„	1.	x″	33,5	48	2800	♂
6	1920	39	„	3.	5h 45′	34,5	52	3100	♀
7	1920	19	ledig	1.	7h 15′	33,5	51	3080	♂
8	1920	19	verh.	1.	6h 30′	32,5	46,5	2410	♂
9	1920	36	„	8.	30′	33,5	48,5	2600	♂
10	1924	26	ledig	2.	30′	34	50	3530	♂
11	1925	35	„	3.	2h 30′	34	50	3050	♂
12	1932	31	„	2.	5h 15′	maceriert 32	42	3020	♂
13	1932	32	„	1.	3h 30′	28,5	41	1520	♀

Nach der Geburtenzahl geordnet, finden wir: 5 Erstgeb., 4 Zweitgeb., 3 Drittgeb. und 1 Achtgeb. Von den Neugeborenen waren 5 Knaben, 8 Mädchen. 8 waren reif, 5 frühgeboren, von letzteren ein Kind maceriert.

Sämtliche Geburten erfolgten in Schädellage. Dieser Umstand muß zu einigen geburtsmechanischen Betrachtungen Anlaß geben.

Voraussetzung zum Zustandekommen einer Sturzgeburt ist neben einer sehr heftigen Wehentätigkeit die gute Dehnbarkeit des Durchtrittsschlauches und große Nachgiebigkeit des M. Levator, von Seiten des Kindes gute Einstellung zur Geburt und kleine Gewichts- und Längenmaße. Cervixrisse sahen wir überhaupt nicht, Dammrisse nur drei 2. Grades, einen 1. Grades und einen Frenulumriß. Da die Sturzgeburt immer ohne jede Hilfe vor sich geht, ist die Zahl der Geburtsverletzungen als sehr gering zu bezeichnen. Die Elastizität des Beckenausganges ist also bedeutend und stellt der durchgetriebenen Frucht kein Hindernis in den Weg.

Die kindlichen Maße liegen fast in allen Fällen unterhalb der Norm, wenn auch nicht sehr weit. Es sind also alle Vorbedingungen zu einem sehr schnellen, ja überstürzten Geburtsverlauf gegeben.

Diese Dinge sind für den gerichtlichen Sachverständigen von großer Bedeutung, wenn es sich um eine Anklage wegen Kindstötung, heimlicher Geburt oder ähnlicher Delikte handelt. Es ist schon oben ausgeführt worden, daß der Nachweis der Sturzgeburt an sich sehr schwer ist. Es wird daher vom Sachverständigen vor allem geprüft werden müssen, ob sich eine längere Eröffnungsperiode nachweisen läßt, oder nicht; ferner, ob die Betr. Zeit gehabt hätte, Hilfe herbeizuholen. Auch eine gynäkologische Untersuchung mit besonderer Berücksichtigung der M. Levatores wird zu empfehlen sein. Die kindlichen Maße müssen aus dem Hebammentagebuch ersichtlich sein. Zu guter Letzt sollte der Geisteszustand der Betr. einer genauen Prüfung unterzogen werden. Auch das Milieu ist von Bedeutung für den Sachverständigen. Sturzverletzungen des Neugeborenen sind anscheinend selten, etwas häufiger ist das Zerreißen der Nabelschnur.

Werden alle diese Dinge berücksichtigt, so wird es dem Sachverständigen kaum Mühe machen, zu einem richtigen Urteil über die Vorgänge bei der betr. Geburt zu kommen. —

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Obermedizinalrat Dr. med. Puppel für die Überlassung des Themas und die Anregungen bei seiner Ausführung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur-Angabe.

H. Guggisberg: Halban-Seitz, Biol. u. Path. d. Weibes. Bd. 6. Teil 2. Seite 1181.

Reuter: Halban-Seitz, Biol. u. Path. d. Weibes. Bd. 8. Teil 3. Seite 1288—1391.

Bumm: Grundrisse der Geburtshilfe, 19. Vorlesung, 2. Teil, Seite 423.

Münzel: Med. Wochenschrift 1931, Nr. 47, Seite 2004.

Jaschke-Pankow: Lehrbuch der Geburtshilfe, Kapitel: Zu starke Wehen.

Lebenslauf.

Ich, Kurt Weinholz, Sohn des prakt. Arztes Dr. med. Hermann Weinholz zu Dudenhofen in Hessen, wurde am 25. August 1905 zu Heidelberg geboren, bin evangelischer Konfession. Im Herbst 1926 legte ich als Externer am humanistischen Gymnasium zu Darmstadt meine Reifeprüfung ab.

Mein medizinisches Studium begann ich im Wintersemester 1926 an der Universität Frankfurt a. M. und bestand dort mein ärztliches Vorexamen Ende W. S. 1928/29. Meine klinischen Semester verteilten sich auf die Universitäten Heidelberg (S. S. 1929 und W. S. 1929/30), Würzburg (S. S. 1930), Gießen (W. S. 1930/31 bis W. S. 1931/32). Am 17. Juni 1932 bestand ich die ärztliche Prüfung an der hessischen Landesuniversität Gießen.

Am 11. Juli 1932 begann ich mein praktisches Jahr als Med.-Prakt. der Hebammenlehranstalt und Frauenklinik zu Mainz. Ich blieb dort 6 Monate. Die letzte Hälfte des prakt. Jahres absolvierte ich an der Med. Universitätsklinik zu Gießen, wo ich nach meiner Approbation als Volontärassistent angestellt wurde und noch heute tätig bin. Am Anfang des Jahres 1934 promovierte ich an der med. Fakultät der hessischen Landesuniversität zu Gießen.